

Prof. Dr. med. Thomas Mokusch
Facharzt für Neurologie
ZB Psychotherapie
49808 Lingen

2020-06-10

mokusch@mac.com

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 19(14)155(27neu) gel. ESV zur öAnh am 17.6.2020 - GKV-IPReG 15.6.2020</p>
--

Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz GKV-IPReG: Stellungnahme als Einzelsachverständiger

zum Gesetzentwurf des GKV-IPReG, Drucksache 19/19368 vom 20. Mai 2020

Die vorliegende Stellungnahme adressiert paradigmatisch aber auch spezifisch im Detail die neurorehabilitativen Belange des Gesetzentwurfs, dies auf der Basis, dass neurologische Krankheitsbilder sowohl mit Hinblick auf den Zugang zu einer Rehabilitationsmaßnahme als auch in der außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung eine bedeutsame Rolle spielen. Darüber hinaus wird im weiteren auf frühere Stellungnahmen und Positionspapiere des Bundesverbandes NeuroRehabilitation (BNR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) und deren Referenzen sowie auf Stellungnahmen anderer Institutionen verwiesen.

Der Gesetzentwurf, der zum Teil deutliche Verbesserungen in der pflegerischen und rehabilitativen Versorgung von Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen beinhaltet wird ausdrücklich begrüßt. Dennoch gibt es einige Kritikpunkte, auf die ich in der Vergangenheit bereits mehrfach, in Abstimmung und z.T. auch gemeinsam mit dem BNR und der DGNR hingewiesen habe. Die vorliegende Stellungnahme nimmt Bezug auf die zwei aus eigener Sicht wichtigsten Punkte, auf eine Wiederholung der ausführlichen Begründungen in den früheren Stellungnahmen (1, 2, 3, 4) wird verzichtet. Im Folgenden wird der Personenkreis der Betroffenen unabhängig von der lokalen Verortung zur Vereinfachung immer als „Patient“ benannt.

Außerklinische Intensivpflege:

Das Gesetz adressiert u.a. den stetig wachsenden Bereich der außerklinischen Intensivpflege. Der Begriff Intensivpflege ist hierbei nicht eindeutig definiert, er beinhaltet insbesondere, aber nicht ausschließlich Patienten, die mit Beatmung und/oder Trachealkanüle versorgt werden. Es wurden in der Vergangenheit Signale berichtet, dass es speziell unter diesen Patienten einen relevanten Anteil gibt, die diese Form der Langzeitversorgung z.B. wegen einer Besserung des klinischen Zustandes im Verlauf nicht dauerhaft benötigen. Daher wird die Einführung einer in regelmäßigen Abständen wiederholten fachärztlichen Überprüfung eines evtl. noch bestehenden oder sich ggf. neu ergebenden Entwöhnungspotentials begrüßt. Der Gesetzentwurf gibt hierfür die Möglichkeit, die Vorgaben bzgl. der zeitlichen Abfolge von Folgeverordnungen sind allerdings noch zu unscharf formuliert. Positiv zu werten ist der Umstand, dass in der Definition der ärztlichen Kompetenz jetzt auch das Fachgebiet der Neurologie als hierfür relevante Fachdisziplin bzw. die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin anerkannt wird. Die genannten Überprüfungen sollten ausschließlich vor Ort am Patienten und nicht nach Aktenlage erfolgen. Allerdings erscheint ein starres Zeitschema der Überprüfungen nicht ausreichend für die benötigte Qualität in der Versorgung, da hiermit nicht auf zwischenzeitlich auftretende Besserungen reagiert werden kann.

Ebenfalls wird begrüßt, dass die MdK-Überprüfungen nach §37c Abs. 1 und den Punkten 1-3ausschließlich auf der Basis einer Begutachtung vor Ort durchgeführt werden sollen und nicht nach Aktenlage.

Die palliativen Aspekte in der intensivpflegerischen Versorgung werden im Gesetzentwurf zu wenig gewürdigt. Im Bereich der außerklinischen Beatmung fehlt eine klare Maßgabe, wie Palliative Care und Palliativmedizin involviert werden sollen. Die Neuropalliative Arbeitsgemeinschaft sollte deshalb kurzfristig ein Konzept für ihren Einsatz in der außerklinischen Beatmung erstellen (5). Die im SGB V, § 119c, gesetzlich definierten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung könnten beispielsweise für eine transdisziplinäre Versorgung der immer auch schwer mehrfachbehinderten und teilweise beatmeten neurologischen Patienten eingesetzt werden, wobei jedoch aktuell die Genehmigung in der Umsetzung erschwert scheint.

Vorgeschlagen wird:

- *eine Schärfung der Begriffe „intensivpflegerische Versorgung“ sowie „außerklinische Intensivpflege“, mit Abgrenzung zur außerklinischen Beatmungspflege. Ggf. reicht bereits der Terminus „außerklinische Intensivpflege incl. Beatmungspflege“ um die beatmeten Patienten von den anderen zu unterscheiden.*
- *die pflichtgemäße regelmäßige Nachkontrolle der Notwendigkeit zur Beatmung bzw. zum Weaning bei neurologischen Patienten in der außerklinischen Intensivpflege durch einen hierfür kompetenten Arzt ausschließlich vor Ort am Patienten durchzuführen.*
- *die Möglichkeit einer jederzeitigen kompetenten Nachkontrolle bei eindeutiger Zustandsbesserung sowie eine Definition zum Personenkreis der diese beantragen kann*
- *die pflichtgemäße regelmäßige Überprüfung zur Notwendigkeit neuropalliativer Vorgehensweisen, verbunden mit der Möglichkeit diese jederzeit auch bei eindeutiger Zustandsverschlechterung durchzuführen.*
- *ein Auftrag an die Kommission „Neuropalliative Arbeitsgemeinschaft“ zur kurzfristigen Erstellung eines diesbezüglichen Konzeptes.*

Bewilligungsvorbehalt bei Einleitung einer Maßnahme zur Neurorehabilitation:

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass mit dem geplanten erleichterten Zugang zur Rehabilitation die Rolle der medizinischen Rehabilitation zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und Stärkung der Teilhabe anerkannt wird. Geplant ist hierbei allerdings einschränkend nur der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation. Die mit dem Alleinstellungsmerkmal des seit vielen Jahren bewährten Phasenmodells außerordentlich gut organisierte Neurorehabilitation, die nachweislich nicht nur die Pflegebedürftigkeit vermindert sondern mit ihrer Arbeit u.a. auch erheblich zur Entschärfung des Pflegenotstands beiträgt, ist jedoch auch in der aktuellen Form immer noch nicht ausreichend berücksichtigt. Rehabilitationsrelevante neurologische Erkrankungen treten häufig im höheren und hohen Lebensalter auf sind weltweit die häufigste Ursache für Behinderung und damit für Hilfsbedürftigkeit im Erwachsenenalter. Den größten Anteil hat dabei der Schlaganfall, dessen Häufigkeit aufgrund des demographischen Wandels stetig steigt. In Deutschland erleiden derzeit ca. 250.000 Patienten im Jahr einen erstmaligen oder erneuten Schlaganfall. Schätzungen erwarten eine Verdopplung speziell der Zahl der schwer betroffenen Schlaganfallpatienten bis 2050. Trotz der kontinuierlich verbesserten

Akutversorgung des Schlaganfalls auf den sogenannten „Stroke Units“ muss ca. ein Drittel der Patienten mit einem substantiellen Defizit mit Hilfsbedürftigkeit aus der Akutbehandlung entlassen werden. Eine qualifizierte und fachspezifische Neurorehabilitation ist für diese Patienten die sicherste Chance, ihre Selbständigkeit wiederzuerlangen und langfristige Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Dabei weist die Neurorehabilitation mit dem „Neurologischen Phasenmodell“ als einzige Disziplin ein differenziertes und mit anderen Disziplinen wie der Inneren Medizin kooperierendes Versorgungskonzept zur Rehabilitation auf, das von beatmungspflichtigen bis hin zu mobilen und auch kognitiv nahezu selbstständigen Patienten reicht. Die geplante einseitige Hervorhebung einer kurzzeitigen Rehabilitationsmaßnahme in dem krankheitsunspezifischen Fach der Altersmedizin ist aus Sicht des BNR medizinisch und gesundheitspolitisch nicht nachvollziehbar, u.a. schon deswegen weil der typische „geriatrische“ Patient in einem hohen Maß neurologische und neuropsychologische Ausfälle zeigt bzw. sogar mit neurologischen Primärdiagnosen geführt wird. Zudem widerspricht diese Bevorzugung allen sonstigen Strategien zur Steigerung der Behandlungsqualität, z.B. durch das IQTiG und wird vom BNR deshalb entschieden abgelehnt.

Des Weiteren hat die aktuelle klinische Versorgungssituation in der Covid-19-Pandemie gezeigt, dass die erfreulicherweise vorübergehend eingeführte Aufhebung des Bewilligungsvorbehaltes auch im stationären Übergang von der Akutbehandlung zur Neurorehabilitation zu einer deutlichen Reduktion des bürokratischen Aufwandes geführt hat. Ein Bewilligungsvorbehalt sollte deshalb im gleichen Maß auch für den Antrag auf eine Verlängerung der Maßnahme eingeführt werden.

Vorgeschlagen wird:

- *der Wegfall des Bewilligungsvorbehaltes bei der Einleitung einer ambulanten sowie einer stationären Neurorehabilitation im vertragsärztlichen Sektor analog zur geriatrischen Rehabilitation, aber auch*
- *der Wegfall des Bewilligungsvorbehaltes bei der Einleitung einer stationären neurologischen Rehabilitationsmaßnahme als Direktverlegung aus dem Akutkrankenhaus oder aus einer Einrichtung der Frührehabilitation,*
- *der Wegfall von Verlängerungsanträgen im Rahmen einer stationären Neurorehabilitation*

Referenzen (weiterführende Literaturhinweise siehe dort):

- [1] Bundesverband NeuroRehabilitation, Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (2017): Poststationäre Nachsorge - Heidelberger Erklärung zur Behandlungsstruktur für Patienten nach längerer intensivmedizinischer Behandlung mit persistierenden erheblichen Aktivitätseinbußen und persistierenden Beatmungs- bzw. Tracheostomanotwendigkeit. Positionspapier BNR und DGNR, www.bv-neuroreha.de, www.dgnr.de.
- [2] Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation, Bundesverband Neurorehabilitation (2019): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR) und des Bundesverbandes NeuroRehabilitation e.V. (BNR) zum Rehabilitations-/Intensivpflegestärkungsgesetz RISG. Positionspapier DGNR und BNR, www.dgnr.de, www.bv-neuroreha.de.
- [3] Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V., Bundesverband Neurorehabilitation (2020): Umgang mit dem Pflegenotstand unter Berücksichtigung der Neurorehabilitation. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) und des Bundesverbandes NeuroRehabilitation (BNR) zum Rehabilitations-/Intensivpflegestärkungsgesetz RISG. Positionspapier DGNR und BNR, www.dgnr.de, www.bv-neuroreha.de.
- [4] Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (2020): Erfahrungen aus der Pandemie können die Patientenversorgung dauerhaft verbessern: Bewilligungsvorbehalt für fachspezifische Anschlussheilbehandlungen sollten dauerhaft abgeschafft werden. Positionspapier DGN und DGNR, www.dgn.org, www.dgnr.de.
- [5] Die Neuropalliative Arbeitsgemeinschaft (NPA) ist eine gemeinsame Kommission der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), die aus Neurologinnen und Neurologen sowie Palliativmedizinerinnen und Palliativmedizinern besteht, die einen besonderen Fokus auf die palliativmedizinische Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen legen.

gez.
Prof. Dr. med. Thomas Mokusich